

Житомирський державний університет ім. І. Франка
Кафедра психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ СТАРШОГО
ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Курсова робота
студентки 55 групи
соціально – психологічного
факультету
заочної форми навчання
Мельничук Вікторії Ярославівни

Науковий керівник:

Шмиглюк Г. А.

Житомир 2009

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ I. Теоретичні основи дослідження невротичних порушень у старшокласників	
1.1. Проблема невротичних порушень у науковій психолого- педагогічній літературі	6
1.2 Види невротичних порушень у старшокласників	13
Розділ II. Діагностика невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку	
2.1. Організація експериментального дослідження невротичних порушень у старшокласників	17
2.2. Діагностика невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку	20
2.3. Аналіз та узагальнення результатів дослідження	23
Розділ III. Особливості психологічної корекції невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку	
3.1. Особливості психологічної корекції	24
3.2. Корекція шкільної тривожності та депресивних станів в учнів старшого шкільного віку	25
Підсумок	35
Список використаних джерел	37

ВСТУП

Вчення про невротичні порушення стало ареною невгамовної, і до цього часу, боротьби теоретичних поглядів, котрі є вираженням протилежних методологічних концепцій людини: моністично-матеріалістичного розуміння її суті як нерозривного поєднання соціального і біологічного начала при ведучій ролі соціального начала, з одного боку, і дуалістичного трактування людини, у котрому домінуюча роль відводиться біологічному началу, котре знаходиться у протиріччі із соціальним, з іншого.

Другий підхід розуміння суті людини в найбільш завершеному вигляді міститься у концепції психоаналізу З.Фрейда, котрий по особливому вплинув на розробку психогенних захворювань, особливо невротичних порушень, у західних країнах. В найбільшій степені даний вплив виразився у багатьох західних країнах на розвиток вчення про невротичні порушення та психогенні захворювання. Однією із причин цього є популярність сформульованої З.Фрейдом теорії розвитку дитячої сексуальності.

Ігнорування ролі соціальних факторів, індивідуальної свідомості та пансексуалізм стали причиною перегляду теорії Фрейда і появи її різних модифікацій, яких об'єднує термін „неофрейдизм”. На відміну від Фрейда представники неофрейдизму – К.Хорні, Е. Фромм, Г.Саліван пояснюють виникнення невротичних порушень не патогенним впливом витісненого сексуального потягу, а конфліктом між культурою суспільства, самосвідомістю та іманентним внутрішніми психічними силами.

В останні десятиліття деякі специфічні точки зору на природу невротичних порушень у закордонній психології пов'язані з біхевіоризмом, екзистенціалізмом, гуманістичною психологією та ін. У розповсюдженій в даний час у багатьох західних країнах концепції біхевіор-терапії заперечується існування невротичного розладу в якості самостійної нозологічної одиниці. З погляду біхевіористів реально існують лише окремі невротичні симптоми як результат неправильного процесу навчіння. Вони стверджують, що немає

неврозу, який ховається за симптомом, це просто сам симптом. При цьому ігнорується роль свідомих соціальних факторів особистісного функціонування.

Ще далі йдуть екзистенціалісти, для яких невротичні порушення взагалі не є хворобою, що має свої нейрофізіологічні механізми. Подібно іншим психічним розладам, невроз являє собою тільки особливу форму відчуженого існування хворого. Для К. Роджерса, одного з представників гуманістичної психології, невроз – наслідок незадоволення імманентно властивій кожній людині потреби в самоактуалізації.

Самоактуалізація є одним із найважливіших процесів у підлітковому віці. Поряд із фізіологічними змінами в організмі підлітками, розвитком самосвідомості, примірюванням нових соціальних ролей, самоактуалізація є у великій мірі важливим і травматичним процесом особистісного розвитку, від якого залежить як саме і ким саме підліток вступить в доросле життя. На даному етапі розвитку підліткам потрібна емоційна стійкість, врівноваженість, підтримка з боку дорослих і все інше що може допомогти йому опанувати мистецтво дорослого життя.

Своєрідним пропуском до дорослого життя є випускні іспити у школі. Вони провокують переживання, тривогу за правильність вибору подальшого місця навчання (чи відсутність такого вибору). Цей серйозний стрес може випробувати нервову систему підлітка на міцність, і в якості пускового механізму може спровокувати невротичні порушення.

Об'єктом дослідження є учні старшого шкільного віку.

Предметом — особливості невротичних порушень у старшокласників.

Мета: теоретично-експериментальне вивчення розвитку невротичних порушень в учнів старшого шкільного віку.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що старшокласники, зокрема випускники є більш схильними до неврозів, ніж учні молодших та середніх класів.

Згідно з поставленою метою і висунутою гіпотезою було сформульовано такі завдання:

- провести аналіз проблеми невротичних порушень у науковій психолого-педагогічній та медичній літературі;
- дослідити основні компоненти невротичних порушень;
- проаналізувати ряд методик спрямованих на виявлення невротичних порушень, вибрати найбільш адекватну для даного вікового та соціального контингенту. Провести експериментальне дослідження, узагальнити та систематизувати його дані;
- провести корекційну роботу для подолання невротичних порушень в учнів старшого шкільного віку.

Наукова новизна дослідження полягає в організації та здійсненні процесу вивчення прояву та рівнів розвитку невротичних порушень на відповідному контингенті учнів; експериментально підтверджена гіпотеза та особливості корекції невротичних порушень.

Розділ І. Теоретичні основи дослідження невротичних порушень у старшокласників

1.1. Проблема невротичних порушень у науковій психолого-педагогічній літературі.

Фундаментальним у розумінні невротичних порушень є поняття невроз (nevro-нерв, osis - захворювання) – це функціональне оборотне захворювання в основі якого лежить порушення, зрив вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням основних кіркових процесів (гальмування або збудження) або перенапруженням їх рухомості в результаті впливу психічної травми або тривалої перевтоми.

Утворене таким чином порушення психічної діяльності може тривати протягом різних термінів – від тижнів до декількох місяців і навіть років, набуваючи того чи іншого клінічного вираження. Термін „невроз” запропонував у 1776р. шотландський лікар Cullen, під яким він розумів нервовий розлад (порушення відчуттів і моторики), котрий не супроводжується лихоманкою і не пов’язаний із місцевими ураженнями одного із органів, а обумовлений „загальним стражданням, від якого спеціально залежать рухи і дії”.

Патофізіологічні механізми розвитку невротичних порушень були відкриті експериментальними дослідженнями на тваринах І.П.Павловим і його учнями. Було визначено роль у механізмі виникнення невротичних порушень гіпноїдно-фазових станів у корі головного мозку, на фоні яких під впливом психогенних подразників можуть утворюватися “хворі пункти” – вогнища патологічного застійного збудження і гальмування. При вивченні сили і рухливості основних нервових процесів – збудження і гальмування, вияснили, що патофізіологічною основою є “зрив” вищої нервової діяльності, який виникає або у випадку перенапруження одного з цих процесів, або в результаті “зіткнення” їх.

Англійський науковець М.Т.Хезлем давав наступне визначення поняття невроз: „Це захворювання, котре супроводжується афективним станом, який називається тривожність”.[18,293]

Зигмунд Фройд писав : “...я отримав в результаті просту формулу, котра виражає, мабуть, найважливішу генетичну різницю між неврозом і психозом: невроз являється конфліктом між “Я” (Ego) і “Воно”(Id), а психоз являється аналогічним порушенням в стосунках між “Я” та зовнішнім світом. (джерело). В етіології невротичних порушень Фройд виходить з уявлення «доповнюючого ряду» «спадковість» і «набутість» доповнюють один одного; чим сильніша спадковість тим слабшою може бути набутість і навпаки. Доповнюючих рядів є два. Перший складає вроджена схильність (диспозиція) і ранні психосексуальні переживання (фіксація потягів). Спільно вони створюють схильність до невротичного розладу. Другий ряд представляє собою набута схильність (предиспозиція) і психосексуальна травма. Чим більше виражена схильність, тим слабшою може бути травма, і навпаки.

Радянські науковці А.В.Петровський та М.Г.Ярошевський під неврозом розуміють нервово – психічне захворювання, психогенне за своєю природою, в основі якого лежить непродуктивне і нерациональне вирішення протиріччя між особистістю і важливими для неї сторонами діяльності, котре супроводжується виникненням болісних переживань невдачі, незадоводелених потреб, недосяжності життєвих цілей, непоправності втрати і т.д. Це протиріччя невротичний конфлікт – закладається переважно в дитинстві в умовах порушення стосунків з мікросоціальним середовищем, в першу чергу з батьками. Психогенний характер неврозів говорить про те, що вони викликані дією переважно психологічних факторів (переживання невротичного конфлікту) і повязані з активізацією симптомів розладів в психотравмуючих ситуаціях. [13]

Загалом вчення про невротичні порушення історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і

можливої умови виникнення захворювання. Проте сама психотравма при цьому виступає як одна з можливих і рівноцінних екзогеній, що порушують гомеостаз. Наприклад, в 40-х роках з'явилися перші роботи Е. Slater, котрий з кінця 30-х років займався генетикою неврозів. Зокрема, він вивчив дані стосовно 2000 солдат, і довів, що 50% з 55% хворих, у котрих був діагностований невротичний розлад (невроз), мали обтяжливу спадковість нервово-психічними захворюваннями батьків чи сиблінгів. Із цього факту він вивів гіпотезу, що загальна схильність до розвитку невротичного розладу веде до появи невротичних симптомів в умовах, коли хворий піддавався стресу. [7,242]

Друга тенденція у вивченні природи невротичних порушень полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина невротичного порушення може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. Прихильники цього напряму вважають, що інформація соматичного характеру є принципово неістотною для розуміння клініки і терапії невротичних станів.

В даний час у світовій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології невротичних порушень. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника, виникають істотні труднощі.

Причини виникнення невротичних порушень складні і різноманітні. І.П.Павлов характеризував їх як “сутичку нервової діяльності, що настає при зіткненні організму з надзвичайними умовами зовнішнього середовища”. Часто поштовхом до невротизації бувають різні психотравмуючі ситуації, при яких відбувається зрив компенсації: надмірне хвилювання, негативні емоції, гострі конфлікти, погані звички (алкоголь, куріння), перевтома. [19]

Захворюванню сприяють обставини, які послаблюють організм: нерегулярне і неповноцінне харчування, хвороби внутрішніх органів, травми мозку, інфекційні захворювання, інтоксикації тощо. Соматичні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, пухлини мозку) можуть спричинити до неврозоподібних станів.

Факторами розвитку невротичного порушення можуть бути події, які ведуть до виникнення невирішеного конфлікту для цієї людини між обов'язком і бажанням, захопленням і ситуацією, і потребує боротьби протиріччя почуттів (любові і ненависті і т.д.).

Причиною розвитку невротичного порушення може бути відсутність інформації, яка має особливе значення для цієї людини (немає повідомлення про близьких, рідних, любимох людей). Чекання неприємної події викликає нервові напруження, більше ніж сама подія. Щоб привести до невротичного розвитку психогенний фактор повинен бути великої сили чи тривалої дії. Сила дії на психіку не визначається фізичною інтенсивністю, а значенням інформації для цієї людини.

Невротичні порушення за своїм характером можуть бути ендогенними або представляти собою реакцію на зовнішні подразники, можуть викликатися сьогоdnішнім стресом або переживаннями глибокого дитинства. Захворювання може бути готрим або хронічним. Важливими факторами формування невротичного розладу є темперамент і характер. Шлях у невротичні порушення може розпочинатись з пригнічення темпераменту. Згідно природі людина повинна прожити своє життя у відповідності із темпераментом. Виховання в сім'ї формує характер і це може проходити у відповідності із темпераментом і без неї. Останній процес веде до формування передневротичного характеру. Можна виділити три види передневротичного характеру:

- *Скигля*

Характерні полохливість, пасивність, схильність до капітуляції перед труднощами. За прогнозами може розвинутих – неврастенія.

- *Перестрахувальник*

Характерні страхи, надумливість, сумніви, педантичність, замкнутість. За прогнозом може перейти у obsесивно-компульсивні порушення.

- *Егоїст*

Характерні несаможітність, егоїзм, невдоволення, капризність, вимогливість, протест, підвищення сугестія. За прогнозом можуть розвинутих дисоціативні (дисоціативні (конверсійні) порушення).

Можна припустити, що батьківська сім'я емоційно є найбільш насичена і саме в ній знаходиться велика кількість невротичних конфліктів. Стосунки між дітьми та батьками також дуже часто стають джерелом невротичного конфлікту. Особливо “небезпечним” моментом цих стосунків є відділення дитини від сім'ї для створення своєї власної. Цей процес є болісний як для дітей так для батьків, але він безперечно необхідний, адже трагічні образи багатьох дорослих жінок та чоловіків котрі вчасно не звільнились від стосунків із батьківською сім'єю можуть бути прикладом.

Молоде покоління прагне звільнитися з під контролю дорослих, стати вільними у виборі свого майбутнього шляху по життю, дати батькам сигнал про свою самостійність. А батьки у свою чергу прагнуть як найдовше втримати тісний зв'язок з молодим поколінням, для того, щоб передати свій досвід, вберегти від життєвих неприємностей. Невротична ситуація може скластися також так, що дитина у сім'ї почуває себе чужою, непотрібною або небажаною (так звана “абортована дитина”), і це стає джерелом невротичних переживань, або ж дитина буде звертати на себе увагу усіма прийнятними і неприйнятними для цього способами.

Серед особистісних особливостей, сприяючих виникненню невротичного способу відреагування у підлітків, варто назвати ряд акцентуацій і патологічних рис характеру.

Можна вважати, якщо при вираженому психофізичному стресі невротичний стрес можливий у будь-якої людини, то його характер і форма залежать не стільки від патогенного чинника, скільки від індивідуальної схильності і особливостей даного соціального середовища [7]

Невротичний зрив може бути у будь-якої людини, проте у деяких людей є схильність до виникнення невротичних порушень. Це частіше всього люди, що страждають психопатіями або акцентуаціями. [6]

Важливим є також питання про роль в невротичному генезисі, крайніх варіантів норми - акцентуації характеру. Як і у разі психопатії, наявність акцентуації характеру в умовах психотравматизації може стати сприятливим ґрунтом для виникнення невротичних порушень. За даними А. Е. Лічко, певним

типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних порушень. Астено-невротичні і лабільні типи акцентуації призводять у відповідних умовах до виникнення неврастенії, сенситивний, психоастенічний і рідше астеноневротичний являються сприятливим ґрунтом для розвитку obsесивно-компульсивного чи тривожно-фобічного порушення. Дисоціативні порушення виникають на фоні істероїдної акцентуації або рідше при деяких змішаних з істероїдною типах - лабільно-істероїдному, істероїдно-епілептоїдному, рідше шизоїдно-епілептоїдному. Від типу акцентуації залежать не тільки особливості клінічної картини невротичного порушення, але і вибіркова чутливість до певного роду психогенних чинників, оскільки очевидно, що невротична декомпенсація може бути полегшеною психотравматизацією, пред'являючої надмірні вимоги до "точки найменшого опору" даного типу акцентуації.

Проте, навряд чи можна погодитися з точкою зору, що невротичні порушення завжди або як правило виникають за наявності патологічних або акцентуйованих рис характеру. У разі надання переваги їх генетичній обумовленості, чітко прослідковується тенденція до біологізації природи невротичних порушень.

Проте клінічний досвід переконливо свідчить про величезне значення життєвих впливів на формування передневротичної і невротичної особи з появою в певних умовах акцентуйованих або навіть патологічних рис в характері індивіда.

Порівняльна характеристика акцентуйованих рис особистості за А.Е. Лічко та К. Леонгардом

По А.Е Лічко

По К. Леонгард

Гіпертимний тип (Г)

Гіпертимный тип (Г)

Циклоїдний тип (Ц)

Циклоїдний тип (Ц)

Лабільний тип (Л)

Лабільний тип (Л)

Астено-невротичний тип (А)

Астено-невротичний тип (А)

Сензитивний тип (С)

Сензитивный тип (С)

Психастенічний тип (П)

Тривожно-педантичний тип (Т)

Шизоїдний тип (Ш)

Інтровертований тип (І)

Епілептоїдний тип (О)

Збудливий тип (В)

Істероїдний тип (І)

Демонстративний тип (Д)

Нестійкий тип (Н)

Нестійкий тип (Н)

Невротичні порушення є наслідком невдач, фрустрацій і міжособистісних сутичок і в той же час служать їх причиною, так що виходить замкнуте коло: конфлікти призводять до невротизації, а вона, у свою чергу, провокує нові конфлікти.

При невротичних порушеннях відбуваються порушення в психічній сфері людей, які мають певну схильність, а травматизуючі зовнішні чинники провокують виникнення психічного захворювання.

При затяжному перебігу невротичних порушень вельми помітна динаміка механізмів психічної адаптації. Спочатку нестійкі захисні психологічні механізми змінюються все більш стійкими, набуваючими ригідного характеру, патологічними захисними механізмами, тісно пов'язаними з переважно пасивною позицією хворих, їх особистісними особливостями і симптоматикою.

Важливою особливістю невротичних порушень є те, що людина усвідомлює свою хворобу і прагне її подолати. Дані порушення мають, як правило, яскраво виражений характер і підлягають лікуванню. У разі запущеної хвороби говорять про затяжний невротичний стан або навіть про невротичний розвиток особистості.

При невротичних порушеннях первинні особистісні риси, пов'язані з особливостями темпераменту, проявляються перш за все в афективній сфері; вторинні риси виявляються у порушенні системи відносин і є глибинними особовими порушеннями, які мають внутрішньоособистий характер; третинні особові риси виявляються вже на поведінковому рівні і можуть проявлятися в труднощах і проблемах “з іншими і для інших”. Третинні особистісні утворення у хворих невротичним розладом виконують певним чином захисні функції, функцію збереження існуючої системи відносин, збереження хоча б зовнішньої позитивної самооцінки і упевненості в собі. [10]

1.2 Види невротичних порушень у старшокласників.

Неврастенія – характеризується вегетативними, соматичними й емоційними порушеннями, що перебігають за типом дратівливої слабості, безсоння, підвищеного стомлювання, відволікання уваги, знищення настрою, постійним невдоволенням собою і оточенням. Може бути наслідком тривалого емоційного стресу, перенапруження нервової системи, перевтоми або виникати на соматично ослабленому тлі. [11,16]

В.В.Ковальов описує окремо невроз виснаження та реактивну неврастенію.

За його словами емоції грають важливу роль при обидвох варіантах хвороби. Проте емоційний фактор при реактивній неврастенії відрізняється від емоційного фактора при неврозі виснаження. Реактивна неврастенія представляє собою типовий реактивний стан із всіма його особливостями (відображення патогенного фактора в картині хвороби, визначальна роль психогенів в його динаміці). При неврозі виснаження патогенна ситуація практично не відображається в симптоматиці. Цей варіант неврастенії представляє собою не конфлікт-реакцію, а стан виснаженості. До симптомів підвищеної нервової збудливості належать: підвищена дратівливість, яка виявляється в різкому тоні, реакціях гніву, сльозах.

Хворим на неврастенію дуже важко, а іноді й неможливо стримати, побороти емоційну реакцію. Вони стають не витривалими до очікування. Такі хворі виявляють підвищену чутливість до подразників звичайної сили, звичних для здорової людини: важко переносять стукання дверима, стук кроків, шум вуличного руху, розмову сусідніх хворих, яскраве світло, гучну музику, дотик холодного і гарячого, важко переносять незначні больові подразнення (ін'єкції тощо). Неврастенія може розвиватися за двома сценаріями : гіпостенічним та гіперстенічним. В першому варіанті хворий стримує негативні емоційні прояви і загалом у нього переважає виснаження над збудженням, а другий варіант проходить навпаки.

Порушення сну є одним з найчастіших симптомів неврастенії. З настанням ночі, хворі повні уявлень про події минулого дня, довго не можуть заснути, думки їх повертаються до найдрібніших і неістотних подій минулого дня. Вони хочуть спати, але не можуть заснути протягом багатьох годин. Заснувши, вони згодом прокидаються від найменшого шуму, шурхоту і вже не можуть заснути знову. Сон у них поверхневий, тривожний і з великою кількістю сновидінь, частіше неприємного змісту, що не дає звичного почуття бадьорості і відпочинку. Протягом дня хворі залишаються млявими і сонливими.

Зниження працездатності, порушення сну, неприємні, хворобливі відчуття в різних частинах тіла, зниження статевої функції (імпотенція) супроводжуються

заниженим настроєм з тривожністю і занепокоєнням за благополучне закінчення такого стану.

Обсесивно-компульсивні порушення – це порушення, що характеризується обсесивними (нав'язливими) думками або компульсивними діями, які повторюються [11, 33].

Обсесіями називають нав'язливі, періодично повторюванні побоювання, роздуми чи імпульси. Найбільш часто тематика обсесій зосереджена на страху, агресії (нанесення образ чи пошкоджень іншим людям, скоєння протиправних дій і т.д), зараження мікробами та різного роду інфекціями (часто через тактильний контакт), екологічного зараження (асбестом, токсичними відходами, радіацією і т.д), сексуальних ситуацій (перверсійні сексуальні думки і т.д) на втраті значної власності, на релігії, на порядку і симетрії, і на сумнівах (невпевненість що роблю).

Компульсіями називаються вчинки, котрі виконуються у формі ритуалів. Вони представляють собою дії, виконанні стереотипно чи у відповідності до певних правил, які мають на меті зниження чи нейтралізацію тривоги, пов'язаної (спровокованої) з обсесіями. Зазвичай компульсіями стають прибирання і миття, перепроверка, повторення, рахування і т.п.

Це вид невротичного порушення, що рідко зустрічається. У 90% хворих з цим порушенням прослідковуються, як обсесії, так і компульсії (ритуали), в той час коли у 10% описуються тільки нав'язливі думки без явних чи скритих ритуалів. Психотравмуючий чинник при даному типі невротичного розладу може бути і не таким значним з погляду інших людей, але для „недовірливої” людини цей подразник є достатнім для невротизації. [6].

Патофізіологічною основою нав'язливих станів є вогнище інертного збудження в корі великих півкуль головного мозку. В основі контрастних нав'язливих станів лежить механізм ультрапарадоксальної фази, при якій негативні, гальмівні подразники викликають в корі процес збудження. *Обсесивно-компульсивний розлад* поділяється на:

- Переважно нав'язливі думки або міркування – це порушення, що характеризуються наявністю повторюваних і стійких ідей, думок, уявлень, різних за змістом, але неприємних для суб'єкта.
- Переважно компульсивні дії – порушення, що характеризуються усвідомленою, стандартизованою та рецидивуючою поведінкою, такою як рахунок, перевірка або уникнення.
- Змішані obsесивні думки та дії – порушення, що характеризуються як наявністю obsесивного мислення, так і компульсивної поведінки.

Тривожно-фобічні порушення – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими [11].

Основний симптом — відчуття тривоги (страху), яка відрізняється дифузністю і постійністю. Вона виявляється відчуттям внутрішньої напруженості, занепокоєння, невизначеної загрози, очікуванням неясної небезпеки. Виникнення тривоги не залежить від яких-небудь конкретних умов, об'єктів (предметів) ситуацій, уявлень. Інтенсивність тривоги коливається від легкої внутрішньої напруженості до відчуття неминучої катастрофи, що насувається. Звичайно напади гострої тривоги періодично виникають на фоні менш виражених, але більш постійних тривожних розладів.

Різниця між страхом та тривогою виникає випадково. Раніше перекладачі Фрейда неправильно переклали „angst” – німецьке слово, котре означає страх, як тривогу. Сам Фрейд зазвичай ігнорував різницю між тривогою, пов'язаною з подавленням, несвідомим об'єктом, і страхом, який відносився до відомого, зовнішнього об'єкту. Очевидно, що страх може відноситись до несвідомого подавленого внутрішньому об'єкту, який переноситься на іншу річ у зовнішньому світі.

Тривожність, як усі емоції, має три рівня: нейроендокринний рівень, рухово-вісцеральний та рівень усвідомленого розуміння. В цілому у суб'єкта, відчуваючого тривожність, відмічаються тільки неприємні відчуття і він рідко

відчуває сильний дискомфорт; людина зазвичай не усвідомлює причини своєї тривожності.

Тривожно-фобічні порушення найбільш часто виникають при фрустрації (зазвичай хронічній), пов'язаній із незадоволеністю навчальною (службовою), сімейною, сексуальною ситуацією, особливо в тих випадках, де ця фрустрація обумовлена інтрапсихічним конфліктом. Частіше розвиваються у осіб, які і в преморбідному періоді відрізнялися високим рівнем тривожності, недовірливістю, боязливою.

Розділ II. Діагностика невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку

2.1. Організація експериментального дослідження невротичних порушень у старшокласників.

Перехід від дитинства до дорослого життя складає основний зміст і специфічну відмінність всіх сторін розвитку в цей період фізичного, розумового, етичного, соціального.

Важливість підліткового віку визначається і тим, що в ньому закладаються основи і намічаються загальні напрями формування моральних і соціальних установок особистості

Психологічні особливості підліткового віку отримали назву "підліткового комплексу". Підлітковий комплекс включає: чутливість до оцінки сторонніх своєї зовнішності, здібностей, вміння поєднуватися з крайньою самовпевненістю і безапеляційними думками відносно оточуючих; уважність деколи співіснує з вражаючою черствістю, хвороблива соромливість з розбещеністю, бажання бути визнаним і оціненим іншими - з показною незалежністю, боротьба з авторитетами, загальноприйнятими правилами і поширеними ідеалами - з обожнюванням випадкових кумирів, а плотське фантазування з сухим мудруванням. [14, 35]

Однією з основних причин психологічних труднощів цього віку є статеве дозрівання, яке зумовлює нерівномірність розвитку по різних напрямках. Характерною межею цього віку є допитливість розуму, прагнення до пізнання, підліток жадібно прагнути оволодіти якомога більшою кількістю знань, при

цьому не звертаючи належної уваги на їх систематичність. Підлітки направляють розумову діяльність на ту сферу, яка найбільше їх захоплює. Цей вік характеризується емоційною нестійкістю і різкими коливаннями настрою (від екзальтації до депресії). Самі афектні бурхливі реакції виникають при спробі ущемити самолюбність. Характерна для підлітків полярність психіки:

- Цілеспрямованість, наполегливість і імпульсна, нестійкість;
- Підвищена самовпевненість, безапеляційність в думках швидко змінюється ранимою і невпевненістю в собі;
- Потреба в спілкуванні + бажання усамітнитися;
- Розбещеність в поведінці + соромливість;
- Романтизм + цинізм, обачність;
- Ніжність, ласкавість + жорстокість.

Важливим етапом дозрівання є процес формування самосвідомості. В його основі лежить здатність людини відрізнити себе від своєї життєдіяльності, усвідомлене відношення до своїх потреб і здібностей, потягів, переживань і думок.

У підлітків суб'єктивний образ "Я" складається більшою мірою від думки оточуючих. Обов'язковим компонентом самосвідомості є самооцінка. Часто у підлітків самооцінка неадекватна: вона або має схильність до підвищення, або самооцінка значно понижена. Формування особистості у хлопчиків і дівчаток різні в інтелектуальному і емоційному плані. У хлопчиків яскравіше виражена здібність до абстрагування, значно ширше коло інтересів, але разом з цим, вони безпомічні в реальних життєвих ситуаціях. У дівчаток - більш високо розвинута словесно-мовна діяльність, здібність до співчуття і переживання. Вони більш чутливі до критики своєї зовнішності, ніж до критичних оцінок їх інтелектуальних здібностей.

Підліток прагне самостійності, але в проблемних життєвих ситуаціях він прагне не брати на себе відповідальність за ухвалені рішення, і чекає допомоги з боку дорослих.

Провідною діяльністю в цьому віці є комунікативна, спілкуючись в першу чергу з своїми однолітками підліток одержує необхідні знання про життя. Дуже

важливою для підлітка є думка про нього групи, до якої він належить. Сам факт приналежності до певної групи додає йому додаткову впевненість в собі. Положення підлітка в групі, ті якості, які він придбає в колективі істотним чином впливають на його поведінкові мотиви. Ізолюваність підлітка від групи, може викликати фрустрацію і бути чинником підвищеної тривожності.

Суть "підліткового комплексу" складають свої, властиві цьому віку і певним психологічним особливостям - поведінкові моделі, специфічні підліткові поведінкові реакції на вплив навколишнього середовища.

Соціальний статус підлітка мало чим відрізняється від дитячого. Психологічно цей вік дуже суперечливий, для нього характерні диспропорції рівнів і темпів розвитку. Підліткове "відчуття дорослості" головним чином новий рівень домагань, котрий переганяє положення, якого підліток фактично не досяг. Для підлітка дуже важливо, щоб його дорослість була помічена оточуючими, щоб форма його поведінки не була дитячою. Цінність роботи для підлітка визначається її дорослістю, а виникаючі уявлення про норми поведінки проводують обговорення поведінки дорослих, звичайно вельми не упереджено, звідси і типові вікові конфлікти. [12, 52].

Цей вік також є особливо інтересним у зв'язку з тим, що для більшості хлопців ще не наступив момент самовизначення; не встала ще гостро проблема подальшого вибору - або діставати вищу освіту у ВУЗі, або суміщати освіту з отриманням професії в середніх спеціальних установах, таких як коледжі, технікуми і ін. Таким чином велика група дітей знаходиться як би в стані "соціального спокою": дорослі по відношенні до підлітка поведуться як з дитиною, ще слабо пред'являються вимоги відповідальності за скоювані вчинки і ухвалювані рішення. При вже достатньо сформованому характері ще в слабому ступені вираження соціальні нашірвання. Проекція ж сімейних взаєностосунків і установок служать підлітку орієнтиром в повсякденному житті і міжособових контактах.

Враховуючи непросту соціально-економічну ситуацію в суспільстві, його нестабільність і невпевненість в завтрашньому дні у переважної більшості дорослого населення призводить до підвищеного фону тривожності, не

говорячи уже про підлітків які є менш стійкими до не завжди приємних соціальних катаклізмів. Про те, на нашу думку, діти старшого підліткового віку, а саме старшокласники, є більш вразливими внаслідок потреби приймати важливі рішення відносно свого подальшого життя, професійної самореалізації та підвищення вимог з боку дорослих.

2.2. Діагностика невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку

Однією з найбільш актуальних проблем роботи шкільного психолога є проблема адекватної і об'єктивної діагностики психічних порушень у дітей. Для вирішення цієї проблеми вимальовуються два шляхи. Перший – клінічно-психопатологічний, який пов'язаний з використанням психологічного стажу досліджувачого і опирається як на дані, представлені педагогами, так і дані проведеної бесіди з дитиною. Другий – психодіагностичний – визначається вмінням і, можливо навіть в більшій мірі, арсеналом методик і тестів, в який частіше всього входять або проєктивні методики, або тести, вживовистовувані при психологічній діагностиці.

Відомою є результативність і висока інформативність використання ряду опитувальників при проведенні досліджень нервово-психічних і психосоматичних порушень. При цьому важливою є оцінка даного на час опитування стан досліджуваного. Вказаний підхід дає можливість вірогідної діагностики невротичних порушень, а також їхньої кількісної оцінки і стандартизованого описування.

В даний час багато галузей трудової діяльності людини пов'язано з нервово-психічною напругою. Урбанізація, прискорення темпу життя, інформаційні перевантаження, посилюючи цю напругу, часто сприяють виникненню і розвитку пограничних форм нервово-психічної патології, що виводить питання психогігієни і психопрофілактики в ряд найважливіших задач охорони психічного здоров'я людини. Рішення цих проблем пов'язано перш за все з необхідністю ранньої діагностики субклінічних проявів такого роду станів, зокрема, невротизації, психопатизації і схильності до них, що є складним завданням у зв'язку з нечіткими межами клінічної картини різних форм

пограничних станів, з одного боку, і складністю організації ретельного психоневрологічного дослідження великого контингенту.

При діагностиці невротичних порушень у підлітків, в ході експериментального дослідження, був використаний тест-опитувальник невротичних порушень у дітей середнього та старшого шкільного віку, розроблений Донецьким державним університетом в 1992 р.

Твердження тесту – опитувальника систематизовані в 6 основних аспектах виявлення невротичних порушень у дітей – депресії, астенії, порушення поведінки, вегетативних порушень, порушень сну і тривожності.

Коротка характеристика шкал :

- **шкала депресії** – описує основні прояви депресивних порушень з розрахунком їх вікової специфіки, яка полягає в неповному уявленні тимчасового чинника депресії, замаскування її. Основні прояви полягають в поєднанні зниження життєвого тону, низької самооцінки, уповільненості темпу мислення, рухливості, відчуття засмученості, пригніченості, безвиходності, уваги, як правило, важко зацікавлюється зовнішніми стимулами. В старшому шкільному віці дуже часто депресивні порушення характеризуються погіршенням успішності;
- **шкала астенії** – проявляється найбільше типовими порушеннями уваги, мислення, пам'яті, які характерні для вікових особливостей астенічного симптома у дітей. Так, в першу чергу астенічні порушення в дітей цього віку проявляються порушенням уваги у вигляді його підвищеної виснажливості і відволікання. Мислення відрізняється уповільненістю осмислення, труднощами асоціацій. Із порушенням пам'яті найбільш типовим є анекфорія (труднощі у відтворенні) в поєднанні зі слабкістю запам'ятовування, уповільненості його, що формує специфічний дитячий *синдром інфантильно – астенічних порушень пам'яті*. Наступним специфічним для дитячої астенії феноменом є підвищена емоційна чутливість, вразливість, загострення реакцій. В старшому шкільному віці ці прояви можуть змінюватись в'ялістю пробуджень і байдужістю –

апатичним синдромом. Наявність порушень такого типу завжди свідчить про виявлення астенічних порушень;

- **шкала порушень поведінки** – виявляє найбільш яскраві, гіперстенічні форми порушеної поведінки, яка виявляється, як правило, в агресивності, непідлеглості, антидисциплінарних діях;
- **шкала вегетативних порушень** – використовується для діагностики такого специфічного компонента невротичних порушень у дітей середнього і старшого шкільного віку, як порушення балансу вегетативної нервової системи. Основний зміст проблеми полягає в тому, що у дітей вегетативні порушення виходять на перший план, замасковуючи невротичну симптоматику. Найбільш типовими формами вегетативних „масок” при неврозах у дітей (цю групу клінічних феноменів прийнято називати – *психосоматичними порушеннями*) відносять: вегетативно – судинну дистонію, різного роду гастрити, коліки і дисканезії шлунково-кишкового тракту, синдром нервового (чи неповного) вдиху. В цілому вегетативна нервова система, як функціонально – структурне об’єднання центральної нервової системи, яка регулює мимовільну діяльність організму при порушенні демонструє самі різнобічні види порушень;
- **шкала порушень сну** рідше являє собою ізольоване порушення, а частіше всього є одним з феноменів, інколи навіть одним, точніше, найбільш вираженим і частіше реєстрованим, депресивним або астенічним порушенням. Так для депресивного порушення достатньо характерним є проблеми засинання, кошмарні сни, раннє пробудження . Для астенічного симптомокомплексу більш характерна сонливість, суб’єктивна відсутність почуття сну при об’єктивно більшій , чим зазвичай довготривалості сну, почуття стомленості при пробудженні . Однак, порушення сну у вигляді порушень засинання, нічних страхів можуть зустрічатись в такому віці й ізольовано.
- **шкала тривожності** оцінює загальний стан емоційного переживання очікування неблагополуччя, передчуття загрози як маркера інтенсивності

психологічного адаптаційного процесу. Багато сучасних авторів вважають, що саме підвищення рівня тривожності є початковим етапом формування невротичних порушень. Таке збільшення рівня тривожності відбувається, як правило, неосмислено, формуючи неблагополучний імпульс, заряд, який потім реалізується разом з найменшим опором в організмі, чи то в психічній чи в соматичній сфері.

2.3. Аналіз та узагальнення результатів дослідження.

В ході експериментального дослідження було опитано 21 учня 11-го класу Полонської ЗОШ №2 та 16 учнів 9-го класу тієї ж школи. Загальна кількість опитуваних складала 37 учнів. Вік учнів 9-го класу 14-15 років, а 11-го класу 16-17 років. Результати проведеного дослідження показали, що у 9-му класі - за шкалою депресії 17 % учнів набрали від 16 до 18 балів, що свідчить про високий рівень ризику наявного клінічного симптомокомплексу, за шкалою тривожності рівень невротизації вище норми зареєстрований у 21 % опитуваних, і нормальний рівень за всіма шкалами у 61 %.

У свою чергу високий рівень за шкалою депресії в учнів 11-го класу зареєстрований у 18 %, і нормальний рівень за всіма шкалами у 82 % учнів.

З учнями 9-го класу додатково було проведено дослідження на визначення ступеня виразності депресії та рівня тривожності та з учнями 11-го класу було проведено дослідження на визначення ступеня виразності депресії.

Результати проведеного дослідження показали, що в учнів 9-го та 11-го класів наявний високий ступінь вираженості депресії та в учнів 9-го класу високий рівень тривожності.

Опрацювавши всі дані отримані за допомогою опитувальника ПОН (підлітковий опитувальник неврозів), тесту „Ступінь вираженості депресії” та Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса ми прийшли до висновку, що виставлена нами гіпотеза підтверджується, про те, потребує детальнішого вивчення на більшому контингенті школярів різного віку.

Також хотілося б звернути увагу, що серед учнів 9-го класу відсоток тих підлітків показники яких за шкалами депресії та тривожності є вище норми або

високі складає 39 %, а в свою чергу в 11-му класі тільки 18 % учнів мають вище норми або високі показники за даною шкалою.

Розділ III. Особливості психологічної корекції невротичних порушень у дітей старшого шкільного віку

3.1. Особливості психологічної корекції.

Під психологічною корекцією розуміють – доцільно організовану систему психологічних впливів, спрямованих на зміну визначених особливостей (властивостей процесів, станів, ознак) психіки, які відіграють важливу роль у прояві хвороб, у їх патогенезі. Ці патологічні стани підвищують ймовірність рецидивів і загострень хвороби, а також впливають івалідізацію і соціально – трудову адаптацію людей, які перенесли ті чи інші захворювання. Застосуванню психологічної корекції повинна передувати системна, комплексно організована психологічна діагностика, спрямована на виявлення психічних особливостей і сторін особистості клієнта, що тісніше всього пов'язано з проблемою його соціальної і трудової реабілітації.

Успішна психокорекція передбачає єднання зусиль у пошуку причин труднощів спілкування та взаємин між людьми. Власні розробки питань групової психокорекції мають напрям на забезпечення пізнання першопричин тих проблем, які відчуває людина у спілкуванні з іншими, а не наведення поверхової „ косметики ”. Без дослідження цих причин і без внесення корективів у диспозиційні утворення неможливо добитися довготривалого успіху.

Якщо робота з психокорекції не є частиною психодіагностичного обстеження, то варто досить інтенсивно розрізняти (для себе і для клієнта) ситуації діагностики і корекції. Це допомагає змінити стиль спілкування і поведінку в ході роботи. Для роботи з корекції бажане розміщення дитини в м'якому кріслі так, щоб психологу було добре видно уся фігура клієнта [2, 25].

Психологічна корекція – метод комплексного психологічного впливу на цілі, мотиви і структуру поведінки клієнта, а також розвиток його деяких психічних

функцій: пам'яті, уваги, мислення. Основною задачею є навчання і тренінг нових навичок поведінки, спілкування, згадування і т.д.

Якщо підліток страждає психічним захворюванням, то проводити заходи з психокорекції повинен висококваліфікований фахівець у тісному контакті з лікуючим лікарем хворого, при постійному обговоренні результатів. Спроби психологічної корекції таких станів, як марення, глибока депресія, немотивована агресія, сексуальні девіації, в умовах роботи шкільного психолога є неприпустимими. При неврозах і психопатіях бажане сполучення лікування і спостереження разом з психіатром. Якщо порушення поведінки, проблеми спілкування, кризи і т.п. виникають у рамках акцентуації особистості, або повного здоров'я дитини – це пряме показання для роботи з психокорекції.

3.2. Корекція шкільної тривожності та депресивних станів в учнів старшого шкільного віку

Метою корекційної роботи є : зниження в підлітків рівня тривожності до стану норми з контролем результату й закріпленням позитивного ефекту та подолання депресивних станів.

Завдання:

1. Зниження тривожності та скутості школярів.
2. Формування в учнів віри у свої сили й можливості.
3. Розширення можливостей школярів, формування в них необхідних знань, умінь і навичок для підвищення результативності шкільної діяльності та зниження тривожності.
4. Формування адекватної самооцінки в підлітків.
5. Формування розуміння мобілізуючої ролі певного рівня тривожності у вирішенні проблем і складних життєвих ситуацій.
6. Розвиток уміння контролювати рівень тривожності.
7. Подолання депресії.

Предмет корекції: емоційна сфера підлітків.

Методи корекції: ігротерапія, психогімнастика, методи поведінкової корекції.

Засоби корекції: ігри, вправи, бесіди, прийоми неігрового типу, спрямовані на зниження рівня тривожності та депресії.

Очікувані результати: зниження рівня тривожності, підвищення самооцінки, розвиток комунікативних здібностей, подолання депресії.

Корекційна робота ведеться в декількох напрямках одночасно.

Перший напрямок: робота психолога з групою. Завдання, ігри та вправи повинні сприяти розвитку комунікативних здібностей підлітків, підвищенню їхньої самооцінки, умінню контролювати свої емоції та долати відчуття страху й тривоги, уникати депресій.

Другий напрямок: робота з учителями. Звернути увагу вчителів на необхідність уважного ставлення до таких підлітків, акцентувати на надані їм допомоги під час опанування навчального матеріалу; на розуміння і терпиме ставлення до таких учнів, на надання їм моральної підтримки, зміцнення віри у свої сили. Неприпустимим є показ нетерплячості під час відповіді учнів і вияв невдоволення ними, важливими є терпіння й упевненість у тому, що всі проблеми школярі подолають.

Третій напрямок: робота з батьками. Для підвищення фізіологічної опірності організму підлітка стресові батькам бажано організувати й контролювати виконання школярем наступних заходів:

- дотримання режиму дня;
- прогулянка на свіжому повітрі;
- одержання достатньої кількості вітамінів;
- виконання спеціальних фізичних вправ або заняття у спортивній секції.

Крім того, в сім'ї не повинно бути культу оцінки. Психологічний клімат у сім'ї дуже важливий для підлітка. Якщо дитина відчуває або знає, що не виправдала сподівань батьків і її за це засуджують, то ні про яку відкритість і довіру не може бути й мови. Підліток ще більше зневіриться у своїх силах. Тільки любов і довіра батьків будуть тими сприятливими факторами, що допоможуть подолати тривожність і депресивність школяра. [3, 2]

Заняття присвячене індивідуальному знайомству з підлітками, рівень тривожності яких вищий від норми та високий рівень депресії. Заняття передбачає завоювання довіри школяра, усунення скутості у спілкуванні й страху говорити про себе.

Заняття 2

Заняття передбачає індивідуальну бесіду з метою не тільки виявлення основних факторів, що сприяють підвищеній тривожності підлітка та наявності депресивного стану, а й можливості їхнього усвідомлення учнем, а також, щоб поговорити про наболіле і виговоритися. Бесіда допоможе також визначити коло тих людей (однокласники, батьки, вчителі), що викликають почуття тривоги для наступної роботи з учнями. А також причини виникнення депресивних станів.

Вправа „ Не подобається - подобається ”

Психолог просить підлітка поділити чистий аркуш паперу на дві половинки й записати відповіді на запитання:

1. Що мені не подобається в школі?
2. Що мені не подобається вдома?
3. Що мені не подобається взагалі в житті?

Відповіді на ці запитання учень записує в лівій частині аркуша. Після цього пропонують серію позитивних запитань, відповіді на які записуються в правій частині аркуша:

1. Що мені подобається в школі?
2. Що мені подобається вдома?
3. Що мені подобається взагалі в житті?

Підлітки розповідають спочатку про те, що їм не подобається, потім – про те, що їм подобається у школі, вдома й в житті. Важливо дотримуватися послідовності відповідей: спочатку негативні, потім порозитивні, показавши, що не так уже й погано все в житті.

Заняття 3

Заняття присвячене знайомству школярів між собою. І навіть якщо підлітки знайомі – це можливість по-новому глянути один на одного. Школярі сідають у

коло. Психолог пояснює учням, що вони разом будуть зустрічатися на спеціальних заняттях, які не схожі на шкільні уроки. На заняттях будуть грати, спілкуватися, ділитися своїми проблемами і радіщами, вчитися розуміти один одного, допомагати й підтримувати.

Учасники групи ознайомлюються з правилами групової взаємодії:

1. Участь у вправах, іграх та інших видах діяльності – добровільна.
2. Слухати товаришів потрібно мовчки, не перебивати й не коментувати.
3. Критикувати вчинок, а не людину, причому в дуже м'якій формі, бажано з конкретною порадою даному учасникові групи.
4. Говорити тільки те, що думаєш і відчуваєш сам, а не перефразовувати думки інших.
5. Не обговорювати поза групою те, що відбувається в ній.

Заняття 4

1. *Вправа „Пальці”*

Мета: простежити роботу уваги, розвивати вміння зосередитися. Учасникам групи варто зручно розташуватися в кріслах або на стільцях, утворити коло. Переплести пальці покладених на коліна рук, залишивши великі пальці вільними. На команду „Почали!” повільно обертати великі пальці довкола один одного. Зосередити увагу на цьому русі. На команду „Стоп!” припинити вправу. Тривалість 5-15 хв.

Вправа дає змогу простежити роботу уваги в „чистому” вигляді. Для деяких дітей завдання може виявитися важким через те, що об'єкт застереження незвичайний. Реакція на вправу може бути різною: учасники можуть засинати, роздратовуватися або непокоїтися, сміятися. Постарайтеся зрозуміти причину цих явищ.

2. *Гра „Витівник”*

Мета: розвиток комунікативних якостей; подолання невпевненості та тривоги; зближення учасників групи.

Це завдання дуже просте. Кожному учасникові пропонується по черзі згадати веселу гру й організувати її у групі. Це можуть бути хованки, квач або будь-які

інші ігри. Учасники групи ставлять витівникові свої оцінки за п'ятибальною системою. Після того як усі нагralися, визначається найкращий масовик.

4. Вправа „ Розповісти про себе ”

Мета: розвиток комунікативних здібностей; перевірка ступеня згуртованості групи й довіри між дітьми; збагачення знань про товаришів у групі.

Кожному учасникові групи пропонується розповісти про себе те, що він сам захоче (без обмежень у тематиці й часі).

Заняття 5

1. Релаксаційний комплекс „ Сонячні ванни ”

Мета: опанування прийомів розслаблення із самостійною подачею команд тілу й контролем відчуттів і дихання.

- Сьогодні ви спробуєте самі давати команди своєму тілу. Тип дихання і відчуття контролюйте самостійно. Я називатиму тільки ту частину тіла, до якої потрібно переходити. На роботу з кожною частиною тіла робіть два вдихи-видихи.

1 частина комплексу

- Займіть зручну позу і заплющте очі. Дихання розслаблене. Ви на березі озера. Яскраве сонце виходить через хмари й поступово освітлює ваше тіло. Ось воно торкнулось ваших ніг:

- Гомілок,
- Стегон,
- Нижньої частини тулуба,
- Грудної клітки, спини,
- Плеч,
- Ший,
- Обличчя, усієї голови,
- Кистей, передпліч, усіх рук.

2 частина комплексу

- Усе ваше тіло освітлене теплими променями сонця. Вимовте подумки кілька формул самонавіювання. Якість, якої ви прагнете, називайте у стверджувальній формі.

3 частина комплексу

- Настаї фаза активізації. Дихання – на активізації. Сонце поступово ховається за хмарами й залишає ваше тіло. Віє свіжий вітерець.

Керівникові групи варто синхронізувати дихання всіх учасників, а потім уважно стежити, щоб частина тіла, яку треба розслабити, називалася в потрібний момент (і не раніше, ніж через два дихальних цикли).

2. Гра „ Їстівне – неїстівне ”

Мета: створення позитивного емоційного тла; зняття напруження й втоми; перевірка уваги.

Усі учасники групи стають у ряд обличчям до ведучого на певній відстані від нього. Ведучий кожному учасникові по черзі називає предмет і кидає невеликий м'яч або м'яку іграшку. Якщо названий предмет їстівний – учасник повинен упіймати м'яч, якщо неїстівний – відбити. За кожну правильну дію учасник пересувається на один крок до ведучого. Виграє той, хто швидше за всіх дійде до ведучого, він і проводить наступну гру.

3. Вправа „ Примірювання ролей ”

Мета: вироблення стилю поведінки й інтонацій упевненої у собі людини.

Кожний учасник групи примірює по дві ролі невпевненої й упевненої в собі людини в одній із запропонованих ситуацій, що задають учасникам:

- Друг продовжує з вами розмовляти, а ви хочете піти. Ви кажете...
- Продавець розмовляє з приятелькою, а вам потрібно зробити покупку. Ви кажете...
- Ваше замовлення виконане з дефектами. Ви звертаєтеся до майстра...
- Ви хочете виправити погану оцінку. Ви звертаєтеся до вчителя...
- Ваш сусід забруднив чорнилом (крейдою) ваше сидіння. Ви підходите й кажете...
- Ваш товариш поставив вас у незручне становище перед чужими людьми. Ви заявляєте йому...
- Люди, що сидять позаду вас у кінотеатрі, заважають вам голосною розмовою. Ви звертаєтеся до них...

1. Вправа „ Польові тренування ”

Мета: концентація уваги в умовах реальних ситуацій.

Кожен учасник вибирає собі сам або одержує від керівника групи завдання, на якому він буде зосереджений під час вправи. Групу виводять із приміщення для занять і починають вправу. Учасники повинні виконувати якесь шкільне завдання, уявивши, що знаходяться у школі під час перерви або вдома серед усіх родичів. Потрібно проводити і згадати якусь навчальну тему за умови, що учасникові намагаються зашкодити, увесь час відволікають, ставлять непотрібні запитання. До вправи можуть залучатися і сторонні люди. Робота триває 5 – 15 хвилин. Завдання учасників – цілком зосередитися і не відволікатися на різні подразники.

2. Вправа „ Налаштування на емоційний стан ”

Мета: зняття стану тривоги.

Підліткові пропонують подумки пов'язати схвильований, тривожний, емоційний стан з однією мелодією, кольором, пейзажем, якимось характерним жестом; спокійний, розслаблений стан – з іншим. Під час сильного хвилювання спочатку згадати перше, потім друге.

3. Рольове програвання ситуації „ Дай мені книжку ”

Мета: вибір конструктивних форм досягнення результату.

Психолог пропонує підліткам уявити себе в наступній ситуації. Школяр приходить до класу й бачить на столі цікаву книжку у красивій палітурці. Йому хочеться взяти її і погортати, подивитися картинки. Він підходить до столу, але в цей момент книжку бере інший учень. А подивитися її так хочеться ! Як діяти? Як її отримати?

Школярі програють ситуацію по черзі, парами. Можуть бути запропоновані різні варіанти одержання книги: відібрати силою, заволодіти хитрістю або обманом, покупка або бартер, прохання типу: „ дай, будь ласка ” або „ давай разом почитаємо ”.

Після програвання ситуації всі учасники групи обговорюють варіанти її вирішення і роблять висновок про те, що найконструктивнішою формою досягнення результату виявилось ввічливе прохання.

Заняття 7

1. Вправа „Переоцінка цінностей”

Мета: визначення показників успіху в різних ситуаціях; вироблення впевненості в собі; підвищення самооцінки.

Важливим етапом роботи є вироблення в підлітків критеріїв власного успіху. Оцінка успіху в них часто утруднена. Через це багато хто вдалі ситуації розглядає як неуспішні. Продуктивним у таких випадках є обговорення разом зі школярами Об’єктивних показників успіху в певній ситуації, варто ніби домовитися з ними, який результат вважати успішним, і потім максимально розгорнуто записати ці критерії щодо різних ситуацій. Після цього постійно в бесідах звертатися до цих критеріїв, спонукаючи учнів оцінювати свої результати.

2. Вправа „ Уявне тренування ”

Мета: продумування й уявлення ситуації, що викликає тривогу.

Ситуацію, що викликає тривогу, заздалегідь чітко уявляють, що викликає її переживання, ретельно, детально продумують власну поведінку.

3. Гра „ Німе кіно ”

Мета: зняття втоми та напруження, підтримка позитивного емоційного фону.

Звук з’явився в кіна на початку 30-х років 20 століття. До цього було кіно німим. Це значить, що актори не вимовляли слів: для передачі почуттів і думок вони використовували яскраві, виразні жести. Спробуйте створити німий фільм за мотивами байок А. Крилова:

- Ворона та Лисиця;
- Бабка та Мураха;
- Квартет;
- Вовк і ягня.

4. Вправа „ Використання ролі ”

Мета: розвиток упевненості в собі; рятування від негативних якостей.

- Ви одержуєте роль і відповідаєте на будь-які запитання від імені персонажу. Всі інші учасники групи – допитливі кориспонденти радіо, телебачення, газет і журналів.

Пропоновані ролі:

1. Переможниця конкурсу краси.
2. Відомий веселун.
3. Дуже серйозний і небагатослівний тип, що не вміє сміятися й жартувати.
4. Дама-академік, що зробила важливе відкриття.
5. Людина-маска, без емоцій.
6. Різка, пряма людина, що не ховає свого невдоволення світом.
7. Постійно привітна людина, задоволена усім світом і собою тощо.

Ролі бажано добирати персонально для кожного учасника групи. Тут можливі такі варіанти.

Варіант перший. Коли в підлітка якась якість розвинута погано, йому пропонують грати людей, наділених цією якістю повною мірою.

Так сором'язлива, нерішуча у спілкуванні дівчина може на деякий час стати ведучою мультимедійної програми, організатором або переможцем якогось конкурсу. А нестриманий підліток – ідеалом стриманості, люб'язності, увічливості.

Варіант другий. Доручена роль повинна збільшувати небажану властивість до абсурду (щоб переконатися в негативності даної якості).

- А тепер дайте самому собі пораду з поліпшення навичок спілкування та зміни окремих рис характеру. Можете висловити це від імені тільки-но зіграного персонажу.

Оцінювання ефективності корекційних впливів.

Мета: контроль ефективності корекційної роботи; стабілізація позитивних поведінкових реакцій, переживань і самооцінки.

Заклучний етап корекційної роботи має на меті повторну діагностику підлітків для виявлення ступеня ефективності проведеної роботи, а також обмін враженнями учасників групи про їхню спільну роботу.

Заклучне заняття

Проведення діагностики рівня тривожності, самооцінки, емоційного стану підлітків та депресивного стану.

Потім учасники групи сідають у коло й діляться своїми враженнями та думками про минулі заняття. Обговорюються позитивні і негативні сторони занять, які зміни вони внесли в життя кожного учасника групи, у поведінку, погляди підлітків, які враження і відчуття після себе залишили. Вислухують і доповнюють можливі пропозиції школярів щодо зміни чи доповнення корекційної програми. Керівник групи й учасники дякують один одному за спільну роботу, підтримку, розуміння та співпрацю. Заняття закінчується вправою „Подаруй усмішку”.

Рекомендації педагогам в роботі з дітьми, що мають високий рівень тривожності: постійно підбадьорювати таких дітей, стимулювати, висловлювати впевненість в успіху, надавати допомогу в установленні контактів з однолітками, підвищувати їхній рейтинг серед учнів класу, якщо можливо, доручити відповідальну посаду в колективі. [17, 25]

Підсумок

Учні підліткового віку характеризуються підвищеною вразливістю, тривожністю, конфліктністю. Вони прагнуть здаватися дорослими, але ще не готові взяти на себе обов'язки дорослих, не можуть бути такими ж відповідальними, як дорослі.

Соціальний статус підлітка мало чим відрізняється від дитячого. Психологічно цей вік дуже суперечливий, для нього характерні диспропорції рівнів і темпів розвитку. Підліткове "відчуття дорослості" головним чином новий рівень домагань, котрий переганяє положення, якого підліток фактично не досяг. Для підлітка дуже важливо, щоб його дорослість була помічена оточуючими, щоб форма його поведінки не була дитячою. Цінність роботи для підлітка визначається її дорослістю, а виникаючі уявлення про норми поведінки провокують обговорення поведінки дорослих, звичайно вельми не упереджено, звідси і типові вікові конфлікти. [27 ,52].

Тому вони, чи не найбільше, схильні до неврозів, які виявляються в наступних ознаках:

- дискомфорт та гостра вибірковість у спілкуванні;
- звуження кола людей, з якими учень почувається вільно і спокійно;
- коливання самооцінки, яка може високо підніматися вгору і раптово знижуватися, особливо у присутності значущих осіб;
- мовна нестриманість, чи навпаки, загальмованість у присутності значущих осіб;
- неадекватний розподіл і переключення уваги через постійне зосередження на власних переживаннях;
- підвищена тривожність, побоювання конфліктів з оточуючими [15, 115]

Причини виникнення невротичних порушень складні і різноманітні. Часто поштовхом до невротизації бувають різні психотравмуючі ситуації, при яких відбувається зрив компенсації: надмірне хвилювання, негативні емоції, гострі конфлікти, погані звички (алкоголь, куріння), перевтома. [19]

Молоде покоління прагне звільнитися з під контролю дорослих, стати вільними у виборі свого майбутнього шляху по життю, дати батькам сигнал про

свою самостійність. А батьки у свою чергу прагнуть як найдовше втримати тісний зв'язок з молодим поколінням, для того, щоб передати свій досвід, вберегти від життєвих неприємностей. Невротична ситуація може скластися також так, що дитина у сім'ї відчуває себе чужою, непотрібною або небажною, і це стає джерелом невротичних переживань, або ж дитина буде звертати на себе увагу усіма прийнятними і неприйнятними для цього способами.

Батькам можна порадити: долучати своїх дітей до трудових сімейних заходів. Це допоможе дітям відчувати, що їм довіряють і цінують їх як серйозних партнерів. Виявляти глибоку зацікавленість до навчання своїх дітей. Намагатися помічати позитивні зміни в характері дитини, не забувати висловлювати своє схвалення.

Список використаних джерел

1. В.П. Петрунук Л.Н. Таран. Нелёгкий шаг к юности, М.- «Педагогика»1984р.
2. Газета „ Психолог ”№ 3, 2007.
3. Газета „ Психолог ”№ 16, 2004
4. Газета „ Психолог ”№ 41, 2007
5. Газета „ Психолог „, № 25 – 27, 2007
6. Єникеева Д. Д. “Популярные основы психиатрии”, Д., “Сталкер”, 1997.
7. Карвасарский Б. Д. “Неврозы”. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990.
8. Карвасарский Б. Д. “Психотерапия”, М., “Медицина”, 1985.
9. Леонгард К. “Акцентуированные личности”, Ростов н/Д., “Феникс”, 1997.
10. Личко А. Е. “Психопатии и акцентуации характера у подростков”, Л., 1983.
11. “Неврозы: экспериментальные и клинические исследования”, Л., “Наука”, 1989.
- 12..Поліванова Л.Б. "Психологическое содержание подросткового возраста"// Вопросы психологии № 5 1992 .
13. "Психология: словарь", изд. "Политиздат", М., 1990.
14. «Психология современного подростка» под ред. Д. И.Фельдштейна. - М.: Педагогика, 1987 р.
15. Сейко Н.А. Соціальна педагогіка: Методичний посібник.- Житомир: Житомирський державний педагогічний університет, 2002.-260с.
16. Телешевская М.Э. Неврастения. – К.: Здоровье, 1988. – 168с.
17. Управління школою № 14-15, 2007.
18. Хезлем М.Т. Психіатрія: Вступний курс\ Пер. з англ. – М.: „Фірма” Видавництво АСТ”, Львів: Ініціатива, 1998. – 624с.
19. Чайченко Г.М. Харченко П.Д. Физиология высшей нервной деятельности. – Киев: Вш. школа, 1981.